Ueber gutartige, doppelseitige Conjunctivitis nach Affektionen der Urethra.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doctorexamen.

Der

medicinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

im Februar 1897

vorgelegt von

Gustav Gielen

aus Aachen.

BONN.

Druck von Karl Drobnig.

1897.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Der gonorrhoische Krankheitsprozess beschränkt sich, wie durch die im Lauf zweier Jahrhunderte von vielen Autoren gemachten Beobachtungen und Erfahrungen erwiesen ist, nicht immer auf den Urogenitaltractus und seine Adnexe, sondern er greift zuweilen auch auf entferntere Organe über und nimmt damit manchmal einen wesentlich ernsteren Charakter an Bereits Musgrave, Swediaur und Selle erwähnen und beschreiben im Anschluss an Gonorrhö auftretende Gelenkaffektionen und hegen keinen Zweifel über den ursächlichen Zusammenhang beider Krankheiten. Seitdem mehren sich die Beobachtungen über jene Complication der Gonorrhö in rascher Folge und es wird heute wohl nur noch von vereinzelten Autoren das Vorkommen von gonorrhoischen Gelenkaffektionen ernstlich bestritten. Weniger Klarheit und Einmütigkeit herrscht dagegen noch heute vor allem unter den Ophthalmologen über gewisse die Gonorrhö complicirende Erscheinungen seitens des Auges, namentlich eine Form der Conjunctivitis, die sich durch ihren leichten Charakter, ihren raschen Verlauf und durch doppelseitiges Auftreten wesentlich von jener gefährlichen durch direkte Uebertragung des Ansteckungstoffes auf die Bindehaut entstehenden Ophthalmie unterscheidet welch letztere fast immer zuerst nur ein Auge befällt und bei ungeeigneter Behandlung zu weitgehender Zerstörung und zum Verlust des Sehorgans führt. Zwar war auch diese Complikation der Gonorrhö schon zu

Beginn unseres Jahrhunderts vielen Ophthalmologen nicht unbekannt und sie fand ihre Erklärung in der damals allgemein herrschenden Lehre der Metastase, wonach also der gonorrhoische Prozess zu Gunsten der zuerst befallenen Urethralschleimhaut auf die Conjunctiva übergehen sollte. Nachdem jedoch durch die reichen Erfahrungen über die im Anfang unseres Jahrhunderts massenhaft nach Europa eingeschleppte ägyptische Augenkrankheit, sowie durch die Entdeckungen Piringers die Existenz von contagiösen Augenleiden festgestellt war und damit die alte Theorie der Metastase und inneren Eiterversetzung ins Wanken geriet, wurde bald auch jeglicher causale Zusammenhang zwischen der Gonorrhö und jenen leichten Ophthalmien, die man nicht wie die schweren Formen auf Inokulation zurückführen konnte bestritten.

Mit Beginn der fünfziger Jahre gelangt diese Lehre von der unmittelbaren Ansteckung der Bindehaut durch blenorrhoisches Sekret zur allgemeinen, unangefochtenen Geltung. So wendet sich Arlt in seinem Lehrbuch der Augenkrankheiten (Prag 1854) ausdrücklich gegen jede Metastase und auch Albrecht v. Gräfe scheint eine Erklärung für die bei Tripper vorkommende Conjunctivitis nur in der Inokulation zu finden; denn in einem Vortrage über die syphilitischen Erkrankungen des Auges spricht er über die verschiedenen Erscheinungsweisen der durch Uebertragung von Trippersekret entstehenden Conjunctivitis, die je nach dem Grade der Einwirkung des Contagiums, der individuellen Disposition u. s. w. als ein mehr oder minder blenorrhoischer Katarrh, eine Blenorrhö oder eine granuläre oder auch diphteritische Entzündung auftrete. Die Möglichkeit einer anderen Entstehungsweise scheint er gänzlich auszuschliessen. In Uebereinstimmung mit dem

Meister hält auch Hirschberg diese leichte Conjunctivitis bei Gonorrhö nur für eine abgeschwächte Contactinfektion.

Die Folgen dieser zwar wohlberechtigten Reaction gegen die alten Metastasentheorien zeigten sich darin, dass von jener Zeit ab die uns beschäftigende Frage fast völlig aus der ophthalmologischen Litteratur schwindet.

Im Gegensatz zu der ablehnenden Haltung der Ophthalmologen haben die inneren Kliniker und Chirurgen stets an der Existenz einer nicht inoculierten Tripperconjunctivitis festgehalten. Es mag dies seinen Grund darin finden, dass die Patienten wegen der heftigeren Beschwerden seitens der Urethra oder auch der so häufig neben den Ophthalmien vorkommenden Gelenkaffektionen ärztliche Hilfe bei diesen suchten. So unterscheidet denn schon Fournier ausdrücklich von der Ophthalmie de contagion die Ophthalmie rhumatismale, die 14 mal häufiger sei als erstere und gewöhnlich ohne irgend welchen äusseren Anlass gleichzeitig oder kurz nacheinander beide Augen befalle. Nach seinen Beobachtungen äussert sich dieselbe in 3 Formen: einer Descemetitis mit einfacher Irishyperämie, einer Iritis simplex und einer Conjunctivitis mit schwachen Reizsymptomen, spärlichem catarrhalischen Sekret, bisweilen auf Carunkeln und Lidschleimhaut beschränkt. Fournier zweifelt nicht im geringsten an dem pathogenen Verhältniss dieser Ophthalmie zur Urethralkrankheit, für welches er einen Beweis erblickt in dem häufigen Zusammentreffen mit gonorrhoischen Gelenkentzündungen bei Leuten, die schon früher gleichzeitig an Gonorrhö, Gelenkaffektionen und Conjunctivitis litten. Aehnliche Beobachtungen wurden in der Folgezeit auch von vielen andern Klinikern, in neuerer Zeit namentlich von Loeb gemacht und so

finden wir in der Litteratur eine grössere Anzahl von Fällen verzeichnet, deren Verlauf im Wesentlichen der trefflichen Beschreibung Fourniers entspricht. Es sei mir gestattet, einige von diesen Fällen zwecks einer bessern Uebersicht in Kürze anzuführen.

1. Brandes.

M. 1. Affektion Sept. 1843. Seit 8 Tagen Gonorrhö, Schmerzen im linken Schultergelenk mit beiderseitiger Ophthalmie. Dauer $7^1/_2$ Monat.

2. Affektion Oct. 1843. 5 Tage danach neue Ophthalmie, 8 Tage später rheumatische Schmerzen in mehreren Gelenken.

2. Brandes.

M. Vor sechs Jahren Gonorrhö mit rheumatischen Schmerzen in Schulter und rechtem Hüftgelenk. Seit 14 Tagen neue Gonorrhö mit Erkrankung des linken Hüftgelenks und beiderseitiger Ophthalmie.

3. Brandes.

M. 50 J. 5 mal Gonorrhö mit Gelenkaffektionen. 6. Gonorrhö begleitet von Synovitis verschiedener Gelenke, Pericarditis und beiderseitiger Ophthalmie.

4. Thomson.

M. 30 J. Schon 3 mal Gonorrhö mit Gelenkschmerzen. Seit 1 Monat neue Gonorrhö: Rheumarthritis des linken Hüft- und Kniegelenkes und Ophthalmie.

5. Petrasi.

M. Seit 8 Tagen Gonorrhö: Acute Synovitis des linken Hüft- und Kniegelenks mit Ophthalmie.

6. Tixier.

M. 4 Gonorrhöen mit Gelenkschmerzen. Neue Gonorrhö mit acuter Synovitis des rechten Schultergelenks und Ophthalmia gon.

7. Rollet.

M. 24 J. Seit 3 Wochen Gonorrhö: Synovitis beider Kniegelenke und beiders. Ophthalmie.

8. Rollet.

M. 30 J. Seit 2 Monaten Gon.: Synovitis des l. Knie- und r. Fussgelenks verbunden mit Conjuncti vitis.

9. Tixier.

M. 22 J. Seit 14 Tagen Gon.: Acute Synovitis des r. Kniegelenks, l. Tarsal- und Metatarsalgelenks sowie beiderseitiger Conjunctivitis.

10. Mackenzie.

M. 25 J. 2 Mal Gon.; jedesmal mit Arthritiden und Ophthalmie verbunden.

11. Mackenzie.

M. 28 J. 1. Gon. mit Polyarthritis rheum.

2. Gon. mit Hydrarthrose des l. Kniegelenks.

3. Gon. mit Affektion der Knie-, Schulter- und Fussgelenke.

4. mit Hydrarthrose des l. Kniegelenks..

5. nur mit Conjunctivitis.

12. Fourestié.

M. 4. mal Gon. mit Arthritis.

5. Gon.: Arthritis beider Kniee, Ischias, Ophthalmie.

13. Suquet.

M. Seit 3 Wochen Gon. mit Synovitis der Fussgelenke, Bursitis, Tendovaginitis und Conjunctivitis.

14. van Iterson.

2 Gon. ohne Complikation.

3. Gon. mit rheumatischen Gelenkaffektionen und beiderseitiger Conjunctivitis.

15. Schenkl.

M. 45. J. 1848. 1. Gon. ohne Complikationen, 1872 neue Gon. fast 1 Jahr lang anhaltend. Am 10. Tage Schmerzen im r. Kniegelenk. Zugleich Schmerzen in beiden Augen, Rötung Schwellung und Reizung der Bindehaut. 1872—75 völlig gesund. Sept. 75 3. Gon. Nach 8 Tagen r. Hüftgelenk, nach 4 Wochen l. Kniegelenk befallen. Gleichzeitig beide Augen erkrankt. Anfangs Conjunctivitis mit reichlichem Sekret. Später serös-plastische Iritis folgend. März 74 4. Gon. Arthritis und beiderseitige Iritis.

16. Loeb.

M. 29. J. 25. Dez. 1879 Infektion. 2. Jan. 1880 heftige, sich auf Bulbus und Lider erstreckende Conjunctivitis, die nach 8 Tagen geheilt ist. 11. Jan. Ischias mit gleichzeitig recidivirender Conjunctivitis, die jedoch in 4 Tagen wieder schwindet. 26. Jan. Anschwellung und Schmerzhaftigkeit im r. Kniegelenk. In den folgenden Wochen noch mehrere Gelenke ergriffen.

Den zahlreichen Beobachtungen von seiten der Chirurgen und innern Kliniker, von denen ich nur einige hier anführte, stehen nur sehr vereinzelte von

Ophthalmologen erwähnte Fälle gegenüber. Im Beginn der achtziger Jahre war es vor allem Haltenhoff, der an der Hand von 5 selbstbeobachteten Fällen von neuem die Aufmerksamkeit seiner Fachgenossen auf die uns beschäftigende Frage zu lenken suchte. Auch diese Fälle mögen hier, da sie sehr viel Interessantes bieten, angeführt werden.

1.

Gonorrhö. Conjunctivitis et Gonitis duplex. Recidiv: Conjunctivitis oc. utr. Iritis dextra.

Joh. M. 22 Jahr alt, kommt am 2. August 1882 zur ambulanten Behandlung wegen rechtsseitiger Iritis simplex exsudativa mit starker Ciliarinjection, leichten Trübungen der Membr. Descemetii, Empfindlichkeit der oberen Ciliargegend auf Druck. Die Augenentzündung dauert seit 8 Tagen, trat beiderseits mit den Erscheinungen eines leichten acuten Bindehautkatarrhs auf ohne anderweitige Symptome. Pat. gesteht, vor 3 Wochen Gonorrhö acquirirt zu haben. Keine Zeichen von Syphilis, niemals Ulcus. Links Lymphdrüsen am Halse etwas stärker wie rechts. Pat. erzählt vor 3 Jahren ebenfalls bei Anlass eines Trippers eine Entzündung der Augen, zugleich mit Schmerzen und Geschwulst in beiden Knieen bekommen zu haben. Nach seiner Beschreibung war es eine Conjunctivitis simplex die in kurzer Zeit ohne Spuren verschwand: Diesmal will Pat. weder Muskel- noch Gelenkschmerzen verspürt haben, auch keine Abgeschlagenheit. — Atropin, — Natron salicyl. innerl. 5 gr. auf 2 Tage. — Nichts auf die Conjunctiva.

3. Aug. Pat. nahm die 5 gr. Natr. salicyl. in einem Tage ein. Conj. schon sehr vermindert unter rein exspectativer Behandlung. Pupille gut erweitert

nur temporal noch zwei dünne Synechie-Fäden. Auf der Kapsel etwas grauliches Exsudat. Bei Druck auf Urethra noch Austritt von Eiter. — Pat. erscheint nicht wieder.

2.

Gon. Lumbago. Conjunctiv. catarrh. acuta oc. utr.

Ignaz G. 28 J. alt, Schreiner. Am 12. März 1883: Seit 2 Tagen heftige Augenentzündung, beiderseits gleich. Leichtes Lidödem, starke Injektion der Conjunctivalgefässe mit einigen kleinen Ecchymosen auf der Sclera; Lichtscheu, Tränensekretion mit etwas Schleim, Lider heiss. Am 13. März: Wird in die Klinik aufgenommen. Ord.: Eisumschläge. Am 15. März: Klagt seit mehreren Tagen Schmerzen in der Lendengegend zu haben, auch schmerzhaftes Brennen beim Harnlassen. Die Untersuchung ergiebt einen sehr profusen Tripper-Ausfluss und ausgebreitete ulceröse Balanitis. Pat. gesteht, den Urethralfluss schon 14 Tage zu haben. Aufs Spital evacuirt. Augen schon in Besserung.

3.

Gon. Conjuctiv. catarrh. acuta oc. utr.

Francis L. 22 J. Am 15. Juni 1883: Seit 1—2 Tagen zum ersten Mal an den Augen leidend. Geringe Schwellung der Conjunctiva, namentlich tarsalis- Bulbär-Conjunctiva beiderseits auf der temporalen Seite im Bereich der Lidspaltengegend von schmutzig grauweissem Aussehen, wie infiltriert; sonst nur injiciert. Leichtes Oedem an den oberen Augenlidern. Schwache catarrhalische Absonderung. Ord.: Umschläge und Waschungen mit Sol. Zinci sulf. (0,2 : 100) und Ac. bor. (1 : 100) 4 mal tägl. $^1/_4$ Stunde lang. — Am 18. Juni: Conjunctiv. nicht schlimmer. Pat. erzählt vor

4 Tagen habe ein seit 2—3 Monaten bestehender Tripper aufgehört zu fliessen, in Folge von adstringirenden Einspritzungen. Gleich darauf seien die Augen entzündet gewesen, ohne anderweitige Symptome (weder allgemeine noch arthritische).

Ord.: Natron salicyl. innerl. Pat. erschien nicht wieder, da sich die Augen rasch besserten. Pat. hatte schon 2 mal Tripper ohne jede Complikation.

4.

Gon. Conjunct. oc. utr. Synov. multiplex.

Ludw. Z. 24 Jahre alt, kommt am 21. Jan. 1884 wegen einer seit 2 Tagen bestehenden Entzündung beider Augen, mit Thränen, leichtem Verkleben der Lider, Röte und Kriebelgefühl. Auf Befragen gesteht Pat. seit 10 Tagen einen Tripper zu haben, welcher aber fast ganz zu fliessen aufgehört, seitdem die Augen krank geworden. Es besteht etwas Rötung und Schwellung in der Fossa navicularis urethrae, es lässt sich aber kein Sekret ausdrücken. Inguinaldrüsen beiderseits etwas geschwellt und schmerzhaft. Seit gestern fühlt Pat. auch einen leichten Schmerz und Steifigkeit im l. Schultergelenk und in den Lendenmuskeln. Die Lider sind leicht ödematös und venös-hyperämisch. Die Tarsalbindehaut zeigt diffuse Injektion mit ganz leichter Andeutung von Papillen, die Bulbarmucosa eine sehr lebhafte, ausgebreitete Injection, welche mit einigen frischroten hämorrhagischen Punkten durchsetzt ist und gegen den Hornhautrand sich verliert. Hornhaut und Iris unversehrt, etwas Lichtscheu und Thränen, sehr mässige schleimige Absonderung. Ord.: Lauwarme Borsäure-Umschläge (2%), innerl. Natron salicyl. — Am 23. Jan.: Stechen in den Augen, Pupillen eng, aber keine Iritis; auf einen

Tropfen Homatropin schöne Mydriasis, Bindehautsekretion im Abnehmen. 25. Jan. Geringe Injektion. 26. Jan. Wegen Verschlimmerung der Gelenksymptome tritt Pat ins Spital ein. Hier wird er wegen eines Ueberbleibsels von Gonorrhö und verschiedenen Lokalisationen des Tripperrheumatismus 1 Monat lang behandelt. Schon am 28. Jan. sind die Augen ohne weitere Topica in voller Heilung begriffen.

5.

Gon. Heilung. — Urethritis-Rückfall: Conjunctiv. oc. utr. und Arthritis. Neue Gon.: Oculares Recidiv (Conjunctiv. Keratitis vesiculosa) und Arthritis.

E. N. 26 Jahre alt. 27. Jan. 1879 sehr schmerzhafte Entzündung des r. Auges. Pat. hatte niemals Rheum. noch Augenleiden. Bekam 1874 einen Tripper, der infolge mangelhafter Pflege chronisch wurde und erst nach 18 Mon. aufhörte. Dez. 1878 eine Diätfehlern zugeschriebene Gastro-Enteritis, zu welcher sich bald eine leichte Urethritis gesellte. (Ansteckung negirt). Am 2. Tag erkrankte das eine, am 3. das andere Auge an catarrhalischer Conjunctiv. Pat. leugnete jede Möglichkeit einer Verunreinigung der Augen. Am 4. Tage Arthritis. Augen heilen rasch. März 1882 neue Gonorrhö, die nicht intensiv wurde, mehr subacut verlief. Sogleich darauf leichte doppelseitige Conjunctiv. Tripper heilt bald. Bindehaut entzündet sich stärker, secernirt etwas Schleimeiter, auch stellt sich Lumbago ein. Augen bessern sich rasch und sind nach 14 Tagen ganz geheilt, dagegen hat sich Arthritis hinzugesellt, die erst nach $5^1/_2$ wöchentlicher Cur in den Schwefelbädern von Aix in Savoyen in Heilung übertritt.

Einen ähnlichen Fall teilt noch Rückert mit:

M. 29 J. 1882: 1. Gon. Danach beiders. leichte Augen- und später auch Gelenkentzündung. 1884: 2. Gon. Gelenkschmerzen, rechtss. Iritis (in 8 T. geheilt). 1886: 3. Gon. 6 T. danach doppels. Conj.; am l. Auge abheilend, am r. Iritis folgend. Gelenkschmerzen. Nach Entlassung aus dem Spital neue Iridocyclitis o. s. Gon., jedoch ohne neue Inf. wieder erschienen. Sept. 85: beide Augen entzündet. Jan. 86—April irit. Erscheinungen in mehrf. Wechsel auftretend, auch Conj. beiders. Ebenso Urethralaffection recidivirt.

Auch diese Fälle Haltenhoffs und Rückerts, die hinsichtlich ihres Verlaufs so sehr charakteristisch sind, bewirkten nicht, dass sich von jetzt ab die Mitteilungen über diesen Gegenstand mehren und so nehmen noch heute die meisten Ophthalmologen in der uns beschäftigenden Streitfrage ablehnende Haltung ein. Finden wir doch in den meisten neuen Werken der Augenheilkunde wie z. B. bei Knies (die gon. Bindehauterkrankungen und deren Behandlung, Halle 1896) diese leichte Form der gonorrhoischen Conjunctivitis überhaupt nicht erwähnt, während Eversbusch (Behandlung der gon. Erkrankungen des Auges, Handbuch des speciellen Therapie innerer Krankheiten B. VI. Fischer Jena) auch für diese „katarrhalisch blenorrhoiformen Bindehaut-Entzündungen“ die Möglichkeit einer abgeschwächten Contactinfektion, die demgemäss nur in abortiver Form zu Tage tritt nicht ganz ausgeschlossen hält.

Dass aber in der That die Beobachtungen Haltenhoffs u. a. richtig sind und eine nicht inoculirte endogene gonorrhoische Conjunctivitis existirt, bestätigt folgender neuerdings beobachtete Fall, dessen Material

ich der Güte des Herrn Privatdocenten Dr. Peters verdanke.

Herr X. 59 Jahre alt consultirte Herrn Dr. Peters Anfangs October 1896 wegen beiderseitiger Augenentzündung. Es fand sich beiderseits in gleicher Weise leichte Lidschwellung, Schwellung der oberen Uebergangsfalte ohne papilläre Wucherungen, erhebliche Injection der Schleimhaut, besonders der des Augapfels und reichliches, schleimig-eitriges Sekret in den Lidwinkeln angesammelt, sowie im Conjunktivalsack in Flocken schwimmend. Obwohl dies acute doppelseitige Auftreten an sich gegen eine acute gonorrhoische, durch Inokulation hervorgerufene Infektion sprach, so wurde doch wegen der heftigen, das Mass einer einfachen catarrhalischen Conjunctivitis überschreitenden Symptome nach einer derartigen Ursache geforscht. Auf Befragen gab denn auch Patient sofort an, er habe vor 4 Wochen eine Gonorrhö mit nachfolgender Cystitis acquirirt und sei vor 2 Tagen von einer Reise zurückgekehrt, auf welcher er längere Zeit in einem zugigen Coupé gesessen habe. Schon auf dem Nachhausewege habe er heftiges Brennen in den Augen verspürt. Nachdem er ein Sitzbad genommen, habe er sich die Hände und wegen des Brennens in den Augen mit demselben Wasser auch die Augen gewaschen. Das Brennen und Jucken sei sofort erheblich stärker geworden und am nächsten Morgen seien beide Augen verklebt gewesen. — Die wiederholt vorgenommene Untersuchung des Sekretes ergab bei fast vollständiger Keimfreiheit die ständige Abwesenheit von Gonokokken und wenn trotzdem noch ein Zweifel an der nicht gonorrhoischen gutartigen Natur des Leidens hätte obwalten können, so wurde dieser durch die unter Anwendung von Eisumschlägen und innerliche Darreichung

von 1,0 gr. Chinin in 5 Tagen erfolgte völlige Heilung beseitigt. Trotz der präzisen Angabe des Patienten, dass er schon vor jener Waschung heftige Beschwerden an den Augen gehabt habe, könnte man noch an eine durch das Waschen der Augen erfolgte anderweitige Infektion glauben, doch wäre dann zu erwarten gewesen, dass sich wenigstens in einem Präparate einige gleichartige Mikroorganismen gefunden hätten, was niemals der Fall war.

Am 2. Tage waren die Symptome der acuten Conjunctivitis entschieden gebessert. Dagegen klagte der Patient über Schmerzen in den Knieen und es wurde schon am Tage nachher ein Erguss in beide Kniegelenke festgestellt. Ferner zeigte sich eine leichte paraarticuläre Schwellung in der linken Kniekehlengegend. Unter Compression und Bettruhe schwanden die Ergüsse in ca. 14 Tagen; ebenso ging die paraarticuläre Schwellung zurück, und es bestand zur Zeit nur noch eine schmerzhafte Anschwelluug des rechten Metatarso-phalangeal-Gelenks.

Wenn man also nicht eine anderweitige, nicht gonorrhoische Infektion der Conjunctiva annnehmen will, wofür weder die Anamnese noch auch die mikroskopische Untersuchung des Sekrets spricht, so bleibt nur übrig, hier an jene in den Lehrbüchern unter dem Namen der gutartigen Conjunctivitis „bei Gonorrhoikern“ oder „der gonorrhoischen Metastase“ sich findenden Affektion zu denken, deren Zusammentreffen mit Gelenkerkrankungen und Urethritis so vielfach beobachtet wurde.

Was zunächst die Form der in diesen Fällen die Gonorrhö begleitenden Ophthalmie betrifft, so ist die durch Inokulation hervorgerufene Tripperblenorrhö, die mit jenen stürmischen, das Auge sehr gefährdenden

und langandauernden Symptomen einhergeht von vornherein auszuschliessen. Handelte es sich doch meistens um eine gutartige, in wenigen Tagen völlig geheilte Conjunctivitis. Mag man nun auch zugeben, dass eine derartige leichte Conjunctivitis gleich wie eine Gonorrhö nicht gerade zu den Seltenheiten gehört und somit beide Krankheiten gelegentlich rein zufällig zusammentreffen können, so wird man gleichwohl in diesen Fällen einen causalen Zusammenhang zwischen beiden Affektionen nicht gut bestreiten können. Dass es sich nicht um eine blosse Coincidenz handelt, lehren doch wohl deutlich und klar jene Fälle, bei denen mit jeder neuen Gonorrhö auch Erscheinungen seitens des Auges, meist im Verein mit Gelenkaffektionen auftraten (in 1 Fall 3 mal, in 10 Fällen 2 mal). In einzelnen Berichten finden wir zudem ausdrücklich erwähnt, dass sich vor der stattgefundenen Infection resp. in den Zwischenzeiten kein Augenleiden zeigte. Auch kann die Ursache der Ophthalmie nicht lediglich in den Gelenkentzündungen gesucht werden, wie dies einige Autoren mit Rücksicht auf das Vorkommen von Iritiden nach Gelenkaffektionen rein rheumatischer Natur thun; denn bei einzelnen Patienten wurden überhaupt keine Symptome seitens der Gelenke beobachtet, bei anderen wechselten sie mit den Augenentzündungen ab, oder sie traten erst mehrere Tage nach Ausbruch der Ophthalmie ein.

Begreiflicherweise war man und ist man auch noch heute vielfach bestrebt, für die gonorrhoischen Ophthalmien einen bestimmten Symptomencomplex aufzustellen, der es ermöglichte, dieselben schon ohne sonstige Hülfsmittel allein durch ihre Form von ähnlichen selbständig oder im Verlauf anderer Krankheiten vorkommenden Augenaffektionen zu unterscheiden: doch

sind diese Bemühungen ziemlich resultatlos geblieben. Wie die Symptomatologie der Arthritis und Iritis bei Gonorrhö völlig analog der bei leichtem Rheumatismus auftretenden ist, so gleicht auch die sog. metastatische Conjunctivitis fast gänzlich der gewöhnlichen catarrhalischen Bindehautentzündung mit dem einzigen Unterschiede, dass der Prozess bei ersterer vorwiegend auf die Uebergangsfalten lokalisirt und Papillarwucherung selten, auch die Sekretion meist nur geringfügig ist. Als eine Complikation der Gonorrhö charakterisirt sich diese Conjunctivitiv. vor allem dadurch, dass sie:

1) im Verlauf einer gonorrhoischen Urethritis auftritt,

2) bei neuer Infektion auch die ausgesprochene Tendenz zu Recidiven zeigt.

Will man demnach mit Sicherheit in der Gonorrhö die Ursache einer bestehenden Conjunctivitis suchen, so ist dazu unbedingt der Nachweis eines virulenten Harnröhrentrippers auf mikroskopischem oder culturellem Wege zu erbringen. Bisher wurde in dieser Hinsicht sehr viel gefehlt und manches der Gonorrhö zur Last gelegt, wo überhaupt keine solche vorhanden war. Wurden doch vielfach Gelenkaffektionen, die mit gleichzeitiger Conjunctivitis einhergingen, als Folgen einer Gonorrhö betrachtet, ohne dass man sich vom Vorhandensein einer g o n o r r h o i s c h e n Urethritis überzeugt hatte und so ist auch Loeb z. B. der Ansicht, dass aufs Bestimmteste für die Eigenartigkeit der gonorrhoischen Arthritis die häufige Complikation mit Augenentzündungen spreche. Dass auch Harnröhrenkatarrhe nicht spezifischer Art unter Umständen von ganz ähnlichen Complicationen wie eine Gonorrhö begleitet sein können und somit manchmal die Diagnose eine sehr schwierige sein kann, lehren 2 von Herrn Dr. Peters beobachtete Fälle,

die in ihrem Verlauf dem ersten Fall völlig glichen, bei denen jedoch der Nachweis der Gonococcen im Conjunctivalsekret wie auch im Harn misslang.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 43jährigen, seit 20 Jahren verheiratheten Mann, welcher vor 21 Jahren als Soldat einen mehrere Wochen dauernden Gelenkrheumatismus überstand, der keinerlei Folgen hinterliess. Seit der Verheiratung hat er sehr oft an leichtem Brennen und Schmerzen beim Uriniren gelitten und zwar meist dann, wenn ein Coitus post menstruationem vollzogen worden war. Nach seiner Angabe ist dann auch immer der stets vorhandene Fluor albus bei der Frau stärker hervorgetreten.

Im Jahre 1884 überstand er wiederum eine entzündliche, schmerzhafte Anschwellung mehrerer Gelenke wozu sich eine heftige, beiderseitige, in mehreren Tagen ablaufende Augenentzündung gesellte.

1890 acquirirte Pat. eine Gonorrhö, welche angeblich in einigen Tagen abheilte.

Im Sept. 1896 erkrankte Pat. plötzlich an beiderseitiger acuter Conjunctivitis, die ihn in die Poliklinik des Herrn Dr. Peters führte. Es fand sich eine erhebliche Injektion der Conjunctiva Bulbi, Schwellung der Uebergangsfalte und der Lider, sowie eine reichliche Absonderung schleimig-eitrigen Sekretes, welches auf der Tarsalfläche zu einem abziehbaren Häutchen gerann. Unter Eisumschlägen gingen die Erscheinungen rasch zurück. Vom 3. Tag an blieb der Pat. aus der Behandlung fort, weil er „Gelenkrheumatismus“ bekommen habe; die Conjunctivitis lief in einigen Tagen unter der bisherigen Therapie ab. Nach einigen Wochen wurde Pat. wegen seiner Gelenkerkrankung ins Friedrich-Wilhelmstift überführt, woselbst nach einigen Tagen die Schmerzen und Schwellungen im

linken Hüft- und Fussgelenk, sowie im rechten Kniegelenk exacerbirten und gleichzeitig wiederum eine heftige Conjunctivitis, aber diesmal ohne Gerinnung des Sekretes beiderseits auftrat. Es traten lebhafte Schmerzen im linken Auge hinzu, die durch eine Keratitis vesiculosa mit Irishyperämie bedingt waren. Unter Scopolamin ging diese Reizung in 2 Tagen zurück und nach weiteren 8 Tagen war auch die Conjunctivitis verschwunden. Chinin blieb hierbei ebenso wie auf den Verlauf der Gelenkaffektion ohne Einfluss; ebensowenig wirkte Salicylsäure. Die Gelenkaffektionen bestehen noch weiterhin unverändert fort.

Die mikroskopische Untersuchung des Conjunctivalsekretes ergab niemals Gonococcen; ebensowenig wurden dieselben im Harn, weder im Sediment, noch mit Hilfe des Culturverfahrens gefunden.

Es wäre demnach zunächst wohl eine gonorrhoische ectogene Erkrankung der Conjunctiva ebenso wie in dem zuerst mitgeteilten Falle ausgeschlossen. Es fragt sich nur, ob die Gelenkaffektion zu einer Gonorrhö in Beziehung steht. Wir müssen zunächst davon absehen, den vor 21 Jahren überstandenen, ohne Augenentzündung verlaufenden Gelenkrheumatismus inbezug auf seine Aetiologie erforschen zu wollen und uns daran erinnern, dass die gonorrhoische Infektion 1890 erfolgte, die keine weiteren Folgen hatte, während schon 1884 dieselben Gelenkaffektionen mit begleitender Conjunctivitis auftraten wie 1896. Für diese letzte Attacke ist der Nachweis geliefert, dass wenigstens keine Exacerbation einer Gonorrhö oder keine Neuinfektion vorlag, wie dies bei ähnlichen Fällen oft beobachtet wurde. Bezüglich der anamnestischen Daten muss ferner darauf hingewiesen werden, dass der Pat., der eine während der Ehe anderweitig acquirirte Gonorrhö

ohne Weiteres zugiebt, doch keinen Grund hat, eine vor der Ehe erworbene zu leugnen und wenn man den Einwand erheben will, dass Pat. dennoch an einer latenten Gonorrhö gelitten habe, unter Hinweis auf den vor 21 Jahren überstandenen „Gelenkrheumatismus", so ist demgegenüber zu betonen, dass die Annahme einer vorerst nichtgonorrhoischen, durch den Fluor albus inducirten Urethritis genau dieselbe Wahrscheinlichkeit für sich hat. Mögen auch sehr pessimistische Anschauungen über das Verbreiten und Vorkommen der Gonorrhö gewiss gerechtfertigt sein und mag man auch zugeben, dass der Nachweis der Gonococcen mit grossen Schwierigkeiten verbunden sein kann, so dürfte man doch auf der anderen Seite zu weit gehen, wenn man solche Fälle, wo eine Gelenkaffektion mit gleichzeitiger Conjunctivitis recidivirt, ohne dass Erscheinungen einer Gonorrhö vorliegen ohne Weiteres dieser Affektion zur Last legt.

Der andere Fall betrifft einen 42jährigen Herrn, der seit 5 Jahren verheiratet ist. Die Frau leidet seit Beginn der Ehe an Fluor albus. Bei dem Pat. selbst sind nie Urinbeschwerden vorhanden gewesen; auch stellt er mit Bestimmtheit in Abrede, jemals eine Gonorrhö gehabt zu haben. Er sei schon daraufhin examinirt worden, als er im Jahre 1882 von Herrn Prof. Madelung in der hiesigen Klinik wegen einer eitrigen Kniegelenkentzündung behandelt wurde, welche zur Aufhebung der Funktion des Gelenkes geführt hat. Weder damals noch später sei er inficirt gewesen. Im Frühjahr 1894 consultirte er Herrn Dr. Peters wegen einer acuten doppelseitigen Conjunctivitis, die in ihren Symptomen und ihrem Verlauf vollkommen mit dem zuerst angeführten Falle übereinstimmt. Am 3. Tage erschien Pat. nicht in der Sprechstunde, weil das

rechte Fussgelenk stark geschwollen und schmerzhaft geworden war, so dass er am Gehen verhindert wurde. Diese Erscheinungen gingen nach ca. 14 Tagen zurück, während die Conjunctivitis in 5 Tagen vollkommen abheilte. Genau die gleiche Erkrankung befiel den Patienten im Sommer 1896; es trat wiederum die Conjunctivitis auf und am 3. Tage dieselbe Gelenkentzündung; auch war der Verlauf derselbe.

Die Untersuchung des Conjunctivalsekretes konnte niemals Gonococcen nachweisen; ebensowenig gelang deren Nachweis in dem stark sedimentirten Harn, der jedoch sonstige Mikroorganismen enthielt.

Auch hier liegt es nahe, besonders bei dem monoartikulären Auftreten der Erkrankung an eine gonorrhoische Infektion zu denken, jedoch fehlt dafür jeglicher Beweis. Den Fluor albus bei der Frau einer solchen zur Last zu legen, ist ebensowenig zulässig und mit mindestens demselben Recht kann man auch hier eine nicht gonorrhoische Form der Erkrankung annehmen, welche zu einer gutartigen Urethritis beim Manne Veranlassung gab.

Angesichts dieser beiden Fälle drängt sich die Frage auf: Sind diese Conjunctivalerkrankungen bedingt durch die Gonorrhö als solche oder können auch andere Ursachen vorliegen? In beiden Fällen sind Momente vorhanden, die an sich für frühere Gonorrhö sprechen, aber es ist doch zu weit gegangen, die Conjunctivalaffektionen direkt von Gonococcen abhängen zu lassen, wo noch nicht einmal solche in der Urethra nachgewiesen sind. Aber selbst angenommen, dass frühere Gonorrhö vorhanden gewesen wäre, so braucht man doch nicht direkt Metastasen anzunehmen.

Es führt uns dies auf die vielerörterte Streitfrage nach der Aetiologie der Complikationen der Gonorrhö. — Von dem ersten Augenblick an, wo der Zusammenhang zwischen der Gonorrhö und den sie begleitenden Affektionen statuirt war, drängte sich begreiflicherweise auch die Frage nach den Ursachen der Complikationen auf und so ist im Lauf der Zeit eine grosse Anzahl der verschiedensten, sich widersprechenden Hypothesen aufgestellt, die hier unmöglich vollständig erörtert werden können. Wir beschränken uns daher auf die Anführung der neueren auf Grund der modernen mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden entstandenen Anschauungen. Wenn diese sich fast ausschliesslich auf die Gelenkaffektionen beziehen, so ist der Grund dafür wohl darin zu suchen, dass diese mehr bekannt und studirt und vor allem für experimentelle und bakteriologische Untersuchungen leichter zugänglich sind, doch dürften die hierbei gewonnenen Resultate auch auf die entsprechende Affektion des Sehorgans Anwendung finden.

Wie schon zu Beginn erwähnt, wird von den meisten Ophthalmologen jeglicher Zusammenhang zwischen der Gonorrhö und den begleitenden Augenaffektionen bestritten. Nolen negirt die Causalität der Gonorrhö auch für die übrigen Complicationen. Mit Rücksicht auf die Thatsache, dass Individuen, die einmal im Gefolge einer Gonorrhö von rheumatischen Erscheinungen befallen worden sind, bei Wiederkehr der virulenten Harnröhrenentzündung mit Vorliebe von neuem jene Complication darbieten, giebt er zwar zu, dass die Gonorrhö einen Einfluss auf Entstehung letzterer ausübe, misst derselben jedoch nur die Rolle einer „occasionellen nicht aber determinirenden“ Ursache bei. Wo eine zufällige Coincidenz absolut aus-

zuschliessen ist, stellt er sich den Zusammenhang so vor, dass die Gonorrhö nur ein schwächendes Moment für den Körper setzt, durch welches die Empfänglichkeit für die zweite Infektion mit dem „rheumatischen Virus“ erhöht wird.

Auch Gläser nimmt den Complikationen der Gonorrhö gegenüber eine völlig ablehnende Haltung ein.

Unter denjenigen Autoren, welche die Gonorrhö als causales Moment für die Complicationen anerkennen, sind im Wesentlichen zwei Ansichten vertreten. Die eine betrachtet auf Grund positiver Gonococcenbefunde die Complicationen als echte blenorrhoische Affektion, d. h. als echte Metastasen, die andere Ansicht dagegen erblickt in denselben nur accidentelle, secundäre Affektionen, die dadurch bedingt sind, dass Eiterkokken in der erkrankten Urethra primär vorhanden, oder erst secundär hineingelangt, infolge von Auflockerungen des Papillarkoerpers oder Erosionen und Ulcerationen, welche die Blenorrhö setzt, Gelegenheit finden, in die Blut- und Säftemasse zu gelangen und mit dieser in andere Organe einzudringen, wo sie dann Entzündungen hervorrufen. Demnach wäre dann das Zustandekommen der Complicationen auf Mischinfektion zurückzuführen.

Die erstere Ansicht wurde auf dem 4. dermatologischen Congress 1894, der sich eingehend mit den Complicationen der Gonorrhö beschäftigte vor allem von Jadassohn verteten, der übrigens die Frage nach den gonorrhoischen Metastasen bereits im Ganzen für gelöst hält. „Die Thatsache“, sagt er, „dass Gonococcen und sie allein fern vom Ort ihrer ersten Invasion lokalisirte Entzündungen setzen können, ist nicht nur mikroskopisch, sondern auch culturell festgestellt. Es beruhen die im eigentlichen Sinne als

solche anzusprechenden gonorrhoischen Metastasen, speciell die Arthritiden auf einer Gonococceninvasion.“ Auch Jacobi äussert sich in gleichem Sinne: „Es ist nicht nur gelungen, den Nachweis zu liefern, dass eine Anzahl der bei der Gonorrhö beobachteten Complicationen echte, durch die Gonococcen hervorgerufene Metastasen sind, es ist geglückt, die Gonococcen durch Mikroskop und Culturverfahren als einzige Erzeuger dieser Complicationen hinzustellen, wodurch die Lehre von der Mischinfektion viel an Boden verloren hat.“ Neisser hält namentlich durch den von Wertheim erbrachten Beweis, dass Gonococcen ins Bindegewebe einwandern, hier ihre Existenzbedingungen finden und wuchern können, während man ja früher die Gonorrhö für einen lediglich an der Oberfläche sich abwickelnden Prozess hielt, die Gonococcenmetastase endgültig für aufgeklärt.

Dieser Ansicht von Erzeugung der Complikationen durch reine Gonococcenmetastase steht nun aber die Thatsache gegenüber, dass in der grössten Mehrzahl der Fälle von gonorrhoischen Gelenkentzündungen, wo eine Punktion vorgenommen wurde, das Vorhandensein von Gonococcen im Exsudat sich nicht nachweisen liess. Noch kürzlich betonte König in einem in Berlin gehaltenen Vortrage, es sei wohl gelungen, in einer kleinen Anzahl von Fällen Gonococcen in den Ergüssen der Gelenke nachzuweisen. Aber diese Zahl sei relativ klein geblieben. Trotz des grossen ihm zu Verfügung stehenden Materials an derartigen Erkrankungen, sei ihm der Nachweis der Gonococcen noch kein einziges Mal gelungen. Wohl seien dagegen Streptococcen, Staphylococcen, einmal auch Pneumococcen gefunden worden. Da man also die Gonococcen nicht als Regel nachweisen könne, so sei es richtiger nur von Gelenk-

erkrankungen bei Gonorrhoikern zu sprechen, die übrigens nach Königs Ansicht 90% sämtlicher acuten, katarrhalischeitrigen oder eitrigen Gelenkentzündungen ausmachen. Wertheim glaubt für jene Fälle, wo der Nachweis der Gonococcen in der Gelenkflüssigkeit nicht erbracht werden konnte, eine Erklärung darin zu finden, dass hier die Punktion zu spät vorgenommen wurde. Demgegenüber führt jedoch Jadassohn selbst einen Fall an von „ganz typischem multiarticulaerem gonorrhoischen Rheumatismus, der ausgezeichnet war durch das Vorhandensein einer sog. „arthritischen Conjunctivitis", wo kaum 24 Stunden nach Auftreten einer Entzündung im Clavicular-Acromialgelenk die Punktion gemacht wurde, in der serösen Flüssigkeit jedoch weder mikroskopisch noch auf Serumagar Gonococcen aufgefunden wurden. In einem anderen Falle wurde nach 3—4 Tage bestehender Gonitis gonorrhoica das Exsudat, in dem wenig Eiterkörperchen, jedoch keine Gonococcen zu finden waren, erfolglos in die Urethra eines Mannes gebracht. Jadassohn nimmt an, dass in diesen Fällen die Gonococcen nur in der Synovialmembran ihren Sitz haben, ohne in die Gelenkflüssigkeit auszuwandern. Die Anwesenheit in der Synovialmembran genüge vollständig zur Erklärung der Exsudation. Die „arthritische" Conjunctivitis, bei der auch Jadassohn bei genauester Untersuchung keine Gonococcen fand, führt er auf eine vorübergehende metastatische Infektion des conjunctivalen Bindegewebes zurück.

Es sei hier noch erwähnt, dass Morax in einem Fall von „Conjonctivite spontanée" einige Gonococcen im Conjunctivalsack gefunden haben will, die jedoch bei späterer Untersuchung wie auch bei eintretendem Recidiv sich nicht mehr vorfanden. Man darf daher wohl dieser Beobachtung, welcher die zahlreichen Forschun-

gen der übrigen Autoren entgegen stehen, etwas skeptisch gegenübertreten.

Aus den angeführten Momenten ist wohl zu Genüge ersichtlich, dass der Beweis für die Richtigkeit der Metastasenlehre noch vielfach auf Hypothesen fusst und dass auch unter den Verfechtern dieser Lehre noch keineswegs völlige Klarheit herrscht. Da in einer Anzahl von Fällen in der That der Nachweis von Gonococcen im Exsudat etc. erbracht wurde, so ist damit zwar wohl bewiesen, dass bei Gonorrhoe durch reine Metastase Complikationen entstehen können nicht aber, wie Jacobi sagt, dass nun auch sämtliche Complikationen Gonococcenmetastasen sind. Jadassohn und Wertheim bestreiten denn auch für manche Fälle von Complikationen die Entstehung durch Mischinfektion nicht und zwar dann, wenn nach einer bestimmt vorausgegangenen Gonococceninfektion oder neben einer solchen die Gegenwart anderer pyogener Mikroorganismen nachgewiesen wird, wobei das Verhältnis kein zufälliges, sondern ein causales ist in dem Sinne, dass durch den gonorrhoischen Prozess das Zustandekommen der Sekundärinfektion vorbereitet und begünstigt wird.

Loeb u. a. halten dagegen das Zustandekommen der Complikationen durch Mischinfektion für die Regel. Die Richtigkeit dieser Ansicht würde, wie Loeb sagt, erwiesen sein, wenn wir den Nachweis liefern können, dass ähnliche Affektionen wie bei Gonorrhoe überall da auftreten können, wo eitrige Katarrhe vorliegen, besonders wenn sie zu Geschwürsbildung geführt, oder wo wir es mit Geschwüren allein oder mit einem Wort, wo wir es mit Eiterungen auf Schleimhäuten zu thun haben. In der That lässt sich dieser Beweis erbringen, denn es treten ja solche Complikationen wie bei Tripper auch nach Harnröhrenkatarrhen nicht virulenter Art

auf, wie aus den beiden zuletzt besprochenen Fällen zu ersehen ist, und weiterhin können auch durch Katheterismus gleiche Erscheinungen hervorgerufen werden, die wie Volkmann und Bardeleben beobachteten, meist pyämischer Natur sind.

Wenn man demnach die Gonococcen als causales Moment für das Entstehen der Complikationen gewiss nicht völlig zurückweisen darf, so deuten doch die angeführten Beispiele mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf nicht specifische Bakterien wie Streptokokken und Staphylokokken als die häufigsten Erzeuger der Complikationen. Jedenfalls ist es, mag auch die Diagnose der Gonorrhoe schwierig sein, zu weit gegangen überall Gonococcenmetastasen anzunehmen, wo früher Tripper war.

Die Mischinfection, welche die Urethra betrifft, kann eine primäre sein, indem die pathogenen Organismen, denen durch Verletzung und Entzündung der Harnröhrenschleimhaut das Eindringen in Lymph- und Blutgefässe ermöglicht wird, schon vor der Verletzung der Harnröhre sich dort vorfanden — es finden sich ja solche Organismen wie durch Lustgarten und Mannaberg festgestellt wurde auch in der Harnröhrenschleimhaut des Gesunden — oder die Mischinfektion ist secundärer Natur, indem die Organismen erst durch Bougies, Katheter etc. auf die entzündete Harnröhrenschleimhaut gebracht werden. Die Entscheidung, ob im einzelnen Falle eine primäre oder secundäre Mischinfektion vorliegt ist natürlich schwer zu treffen, doch auch von geringer praktischer Wichtigkeit. Die Verletzung oder Entzündung der Harnröhrenschleimhaut, welche den Eiterkokken den Eingang in die Blut- und Säftemasse verschafft, wird zwar in den meisten Fällen auf Grund einer Gonorrhö entstanden sein, doch kann, wie die

beiden Fälle wahrscheinlich machen auch einfache z. B. durch Fluor albus bedingte Urethritis die Ursache sein. Es folgt daraus, dass bei derartigen Gelenk- und Augenaffektionen mehr als dies bisher geschehen, darauf zu achten ist, ob die vorliegende Urethritis auf Grund einer Gonorrhö oder anderer Momente entstanden ist. Dann werden sich auch gewiss die Beobachtungen, wie sie in obigen Fällen gemacht wurden mehren. Vielleicht wird man dann auch häufiger bei Frauen für Gelenk- und Augenleiden eine Urethritis als ätiologisches Moment finden.

Wie schon zuvor erwähnt, begegnen wir bei den älteren Autoren durchgängig und auch noch heute vielfach der Ansicht, dass zwischen der Urethral- und der Augenaffektion als verbindendes Zwischenglied notwendiger Weise eine Arthritis liegen müsse, ja häufig wird die Erkrankung des Sehorgans in alleinige Abhängigkeit von dem Gelenkleiden gebracht, die primäre Urethralaffektion dagegen ganz als causales Moment ausser Acht gelassen. Nun ist aber das Zusammentreffen der Conjunctivitis mit Gelenkaffektionen keineswegs die Regel, vielmehr weist unsere heutige Litteratur eine ganze Reihe wohlverbürgter Fälle auf, bei denen eine Gelenkaffektion entweder überhaupt nicht, oder erst lange nach bereits bestehender Conjunctivitis oder bei häufigerem Recidiv mit dem Augenleiden abwechselnd beobachtet wurde. Ich verweise nur auf obige der Litteratur entnommenen Fälle:

Fall 2: Gelenkaffektion 5 Tage nach schon bestehender Conjunctivitis.

Fall 11: 4 mal Gonorrhö nur von Arthritis begleitet. 5. Infektion nur mit Conjunctivitis.

16: 1. Infektion mit beiderseitiger Conjunctivitis

und mit Gelenkschmerzen, 2. Infektion mit beiderseitiger Conjunctivitis.

17: nur Conjunctivitis.

18: nur beiderseitige Conjunctivitis.

19: beiderseitige Conjunctivitis und 1 Tag darauf Gelensymptome.

20: beiderseitige Conjunctivitis. Erst 14 Tage darauf (nachdem Conjunctivitis schon abgeheilt) Arthritis.

21: Conjunctivitis. 8 Tage darnach Arthritis.

Bisher hielt man den Beweis der gonorrhoischen Natur einer Conjunctivitis nur dann als erbracht, wenn neben der Arthritis auch noch Gelenkaffektionen vorhanden waren oder solche wenigstens bei früheren Infektionen constatirt wurden. Da jedoch aus diesen Fällen klar hervorgeht, dass bei Gonorrhö zum Zustandekommen einer Conjunctivitis keine Arthritis erforderlich ist, vielmehr Conjunctivitis und Arthritis nur verschiedene Lokalisationen ein und desselben Prozesses sind, so muss auch die Möglichkeit zugegeben werden, dass mancher leichte, acute doppelseitige Catarrh, der ohne sonstige Erscheinungen seitens der Gelenke etc. die Gonorrhö begleitet, auf gonorrhoischer Basis beruht. Herr Dr. Peters hatte wiederholt Gelegenheit, derartige leichte Formen doppelseitiger Conjunctivitis im Verlauf einer Gonorrhö bei jungen Leuten zu constatiren, die sonst nie an Conjunctivitis litten und aus Furcht, sich inficirt zu haben, in die Sprechstunde kamen. Man hat gewiss oft genug solche Fälle gesehen und behandelt, bei denen man nicht an die Möglichkeit eines causalen Zusammenhanges des Bindehautkatarrhes mit Gonorrhö dachte und daher auch nicht nach einer vorhandenen gonorrhoischen Urethritis als ätiologischem Momente forschte.

Von besonderem Interesse sind diese Fälle für denjenigen, der sich mit der Bacteriologie des Bindehautsackes beschäftigt. Man findet bekanntlich oft bei acuten Conjunctivitis-Formen nur ganz vereinzelte Mikroorganismen, die auch sonst dort angetroffen werden und deren Zahl mit der Schwere des Falles nicht in Einklang steht. Man wird in solchen Fällen mehr als bisher an endogene Ursachen denken müssen, vor allem bei den eczemartigen Erkrankungen, sei es nun, dass die vorhandenen Keime durch endogene Einflüsse virulent werden oder dass überhaupt keine Mikroorganismen, sondern chemische Agentien die Ursache sind.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Dr. Peters für die gütige Ueberlassung des Materials und die überaus freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit wie auch für die Durchsicht derselben meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Jüngken. Lehrbuch der Augenkrankheiten. 1832.
2. Brandes. De ophtalmia rheumatico-gonorrhoica. 1850.
3. Arlt. Die Krankheiten des Auges, II. Aufl. Prag 1854.
4. Mackenzie. Lehrbuch der Augenkrankheiten. 1860.
5. A. v. Gräfe. Klinische Vorträge über Augenheilkunde b. Hirschberg. Berlin 1871.
6. Lambert. Dissertation. Berlin 1882.
7. Bockhart. Centralblatt f. pract. Augenheilkunde 1882.
8. Nolen. Deutsches Archiv für Klin. Med. B. 32. 1883.
9. Haslund. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. Wien 1884.
10. Bardeleben. Lehrbuch der Chirurgie 1864. Bd. II. S. 618.
11. Rückert. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. XXIV 1886.
12. Loeb. Deutsches Archiv für Klin. Med. B. 32. 1886.
13. Fränkel. Charité-Annalen. XI. 1886.
14. Bornemann. Dissertation. Kopenhagen 1887.
15. Finger. Blenorrhö. Leipzig 1888.
16. Deutschmann. Gräfes Archiv. 32. I. 1890.
17. Jahn. Dissertation. Berlin 1893.
18. Eversbusch. Handbuch der spec. Therapie innerer Krankheiten. Jena 1893.
19. Jadassohn, Jacobi, Neisser, Wertheim: Verhandlungen der deutschen dermat. Gesellschaft. 1894.
20. Morax. Thèse de Paris, 1894.

21. König. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 22. Jahrg. 19. Nov. 1896.
22. Volkmann. Pitha und Billroths Handbuch II. 2. Abth. 1. Heft.
23. Virchow. Jahresbericht der gesamten Medicin.
24. Schmidts Jahrbücher.

Vita.

Geboren wurde ich, Gustav Wilhelm Arnold Gielen, kath. Confession als Sohn des verstorbenen Kaufmanns Victor Gielen und seiner Ehefrau Therese geb. Menshausen am 23. Aug. 1873 zu Aachen. Meine wissenschaftliche Vorbildung erhielt ich auf den Gymnasien zu Bremen und Aachen, welch letzteres ich Ostern 1893 mit dem Zeugniss der Reife verliess, um mich dem Studium der Medicin zu widmen. Ich studirte 1 Sem. in Heidelberg, 4 Sem. in Würzburg, wo ich W.-S. 94/95 das Tent. phys. bestand und April bis Oct. 1895 der ersten Hälfte meiner einj. Dienstpflicht beim 9. Bair. Inf.-Reg. „Wrede“ genügte. S.-S. 96 und W.-S. 96/97 studirte ich in München und begab mich im folgenden Sem. nach Bonn, woselbst ich am 5. März 1897 das Examen rigorosum bestand.

Meine academischen Lehrer waren:

in Heidelberg: Krafft, Maurer, Quincke.

in Würzburg: Boveri, Fick, Hantzsch, v. Kölliker, Kunkel, Röntgen, v. Sachs, Schultze.

in München: Angerer, Bauer, Herzog, Klein, May, v. Ranke, Schmidt, Stumpf, v. Ziemssen.

in Bonn: Bohland, Doutrelepont, Finkler, Fritsch, Jores, Koester, Peters, Pletzer, Rieder, Saemisch, Schede, Schultze.

Allen diesen hochverehrten Herrn meinen besten Dank!